

NEUROCISTICERCOSIS: UNA PATOLOGIA EMERGENTE. A PROPOSITO DE 2 CASOS.

A. Partidas Perich*, S. Devesa Mendez, I. Uriaguereca Odriozola, E. Garrote Llanos, J. Aristegui Fernandez, M. Fernández Cuesta, C. Ruiz Espinoza.

Servicio de Infectología Pediátrica. Hospital Universitario Basurto. Av. Montevideo, 18. Bilbao, Vizcaya. 48013. Tlf. 650785109. apartidas@gmail.com

Introducción: La neurocisticercosis (NCC) es la enfermedad resultante de la infestación de la larva del helminto intestinal *Taenia solium* en el sistema nervioso central. Es una enfermedad de distribución universal, endémica en países tropicales de bajo nivel socioeconómico. En los últimos años, con el incremento de la inmigración, su incidencia ha ido en ascenso. Los cisticercos presentan una especial predisposición a afectar al SNC, siendo las crisis epilépticas la forma más frecuente de presentación clínica. El diagnóstico se basa en la combinación de criterios clínicos, serológicos, epidemiológicos y fundamentalmente radiológicos.

Casos clínicos: Se describen 2 casos correspondientes a una niña de 9 años y un niño de 10, ambos de origen ecuatoriano, sin antecedentes patológicos personales de interés. Ingresan por presentar cuadro convulsivo tónico-clónico afebril, con exploración física negativa. La analítica realizada, incluyendo serologías, cultivos y perfil toxicológico, fueron negativos, salvo en la niña quien presentó una IgG positiva débil para cisticercos. La tomografía axial computarizada (TAC) cerebral y la resonancia magnética (ver diapositivas) mostraron en ambos casos lesiones quísticas con captación de contraste en anillo y la presencia de nódulos en su interior, junto con edema perilesional, compatibles con neurocisticercosis. Se instaura tratamiento con albendazol, dexametasona y levetiracetam, presentando una evolución clínica favorable. A los 6 meses ambos pacientes presentan una nueva crisis epiléptica. En la niña, se constata (TAC) la presencia de una nueva lesión de características similares a la ya existente. El niño, persiste con las lesiones preexistentes, indicándose una nueva tanda de tratamiento. En los controles realizados durante los 2 años siguientes, no se han presentado nuevas crisis comiciales, evidenciándose disminución y/o desaparición de las lesiones quísticas en las neuroimágenes.

Conclusiones: Debe sospecharse la neurocisticercosis en pacientes inmigrantes de zonas endémicas, que presenten una convulsión afebril. La TAC o la RMN si evidencian lesiones quísticas que incluyan el escólex del parásito constituyen un criterio diagnóstico absoluto de NCC. El tratamiento debe incluir la administración de anticomiciales y corticoides, previamente a los antiparasitarios, para disminuir el edema perilesional. A pesar de la alta tasa de recidiva y la necesidad de un segundo ciclo de tratamiento, la evolución de la mayoría de los casos suele ser favorable.

SOLICITADO.....ORAL